

Travailler avec les familles dans le traitement à long terme des troubles schizophréniques

Working with families in the long-term treatment of schizophrenic disorders

Germana Agnetti et Angelo Barbato

Volume 19, numéro 1, printemps 1994

Aspects de la réadaptation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032296ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032296ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Agnetti, G. & Barbato, A. (1994). Travailler avec les familles dans le traitement à long terme des troubles schizophréniques. *Santé mentale au Québec*, 19(1), 93–103. <https://doi.org/10.7202/032296ar>

Résumé de l'article

Dans un cadre systémique, les auteurs présentent les éléments principaux de l'intervention auprès des familles où un adulte souffrant de troubles schizophréniques chroniques suit un traitement de réadaptation psychosociale. Ils se penchent principalement sur l'influence réciproque entre les interventions axées sur les incapacités et celles qui sont orientées vers les attitudes, les convictions et la structure interactionnelle de la famille. On a de plus en plus tendance à définir la schizophrénie comme un trouble multifactoriel (ou un ensemble de troubles) que seule une vision systémique permet de comprendre (Brenner et Böker, 1989). Dans ce cadre, les troubles peuvent apparaître comme le résultat d'une interaction continue entre différents niveaux. Toute description d'un traitement de la schizophrénie devrait donc inclure les niveaux qui font l'objet d'une intervention et la nature de leur interaction. De vastes recherches démontrent que les attitudes et la nature des interactions familiales influencent l'évolution à long terme des troubles mentaux graves (Goldstein et Strachan, 1987). Pour cette raison, les interventions auprès des familles devraient occuper une place importante dans toute planification de traitement des troubles psychotiques.



Travailler avec les familles dans le traitement à long terme des troubles schizophréniques

Germana Agnetti*
Angelo Barbato**

Dans un cadre systémique, les auteurs présentent les éléments principaux de l'intervention auprès des familles où un adulte souffrant de troubles schizophréniques chroniques suit un traitement de réadaptation psychosociale. Ils se penchent principalement sur l'influence réciproque entre les interventions axées sur les incapacités et celles qui sont orientées vers les attitudes, les convictions et la structure interactionnelle de la famille.

On a de plus en plus tendance à définir la schizophrénie comme un trouble multifactoriel (ou un ensemble de troubles) que seule une vision systémique permet de comprendre (Brenner et Böker, 1989). Dans ce cadre, les troubles peuvent apparaître comme le résultat d'une interaction continue entre différents niveaux. Toute description d'un traitement de la schizophrénie devrait donc inclure les niveaux qui font l'objet d'une intervention et la nature de leur interaction.

De vastes recherches démontrent que les attitudes et la nature des interactions familiales influencent l'évolution à long terme des troubles mentaux graves (Goldstein et Strachan, 1987). Pour cette raison, les interventions auprès des familles devraient occuper une place importante dans toute planification de traitement des troubles psychotiques.

Cet article s'adresse autant aux thérapeutes familiaux qu'à ceux travaillant en réadaptation. Nous y décrivons une approche systémique du travail avec les familles des patients schizophrènes en

* Psychiatre, Unité de thérapie familiale, Département de psychiatrie et du Service de santé mentale communautaire Vergani, Hôpital Niguarda-Ca Granda, MILANO, Italie.

** Psychiatre, Service de santé mentale communautaire, Unité locale des services de santé 75-4, MILANO, Italie.

La majeure partie de cet article a été écrit pendant que les auteurs travaillaient à l'hôpital Larundel (Services psychiatriques métropolitains de l'est) de Melbourne, en Australie. Nous voulons remercier Jeffrey Young, psychologue et thérapeute familial, et le personnel du Service de soutien à la famille et de l'Unité de réadaptation psychosociale de l'hôpital Larundel, pour leur apport aux recherches qui ont servi de base à cet article.

réadaptation psychosociale, en décrivant l'interaction entre les interventions axées sur le fonctionnement social du malade et celles dirigées sur l'interaction familiale, dans les différentes étapes du processus de réadaptation.

Nous nous pencherons de façon particulière sur les questions suivantes:

1. comment intégrer les interventions auprès de la famille dans le plan général de traitement, en tenant compte des attitudes et des convictions familiales face au contexte de réadaptation;
2. comment renforcer les habiletés sociales et l'image qu'a le malade de lui-même en s'appuyant sur la signification que prend son incapacité pour les membres de sa famille;
3. comment amener la famille à participer à la prise en charge du patient.

Le contexte de traitement

L'approche intégrant la thérapie familiale et l'intervention psychosociale trouve souvent sa base dans la reconnaissance respective de leur impuissance.

On a souvent recours à la thérapie familiale quand la réadaptation a atteint un point mort et que la famille est perçue comme un obstacle au progrès et à l'autonomie du patient. D'un autre côté, les thérapeutes qui travaillent avec la famille d'un schizophrène se voient souvent obligés de considérer la réadaptation quand, malgré des changements dans l'interaction familiale, ils se sentent impuissants devant l'incapacité du patient.

Basée sur un paradigme négatif des difficultés respectives, une telle collaboration a peu de valeur. L'intégration véritable doit pouvoir compter sur l'apport des deux champs pour arrêter les stratégies adéquates et planifier les interventions.

L'intégration, toutefois, ne peut s'opérer que dans un cadre de référence cohérent et dans le partage d'une même vision globale. Elle oblige aussi les thérapeutes familiaux à coordonner leurs interventions avec le processus de réadaptation.

La primauté du contexte est la pierre angulaire des approches systémiques. Les thérapeutes qui travaillent avec de grands systèmes accordent beaucoup d'importance à l'examen du sens et des messages portés par le contexte. En travaillant avec une famille dans un traitement de réadaptation, nous devrions toujours nous demander

quelle perception la famille a de ce contexte: les réponses devraient fournir de bonnes indications sur la marche à suivre.

La réadaptation et la thérapie sont ordinairement définies et perçues comme deux réalités différentes. La thérapie est associée à l'idée de remède et de guérison et elle génère des attentes dans ce sens. La réadaptation, quant à elle, porte la notion d'incapacité permanente.

De cette perception découlent deux ensembles de convictions:

1. la guérison n'est pas possible; le patient devrait donc abandonner et vivre de son mieux avec les contraintes de sa maladie auxquelles il pourra s'adapter progressivement;
2. il est possible et souhaitable d'arriver à des changements malgré la maladie; en développant de nouvelles habitudes, le patient peut aspirer à une meilleure qualité de vie et agir sur le cours de sa maladie.

Ce contraste de vues amène à son tour deux perspectives différentes, autant pour le malade que pour sa famille:

1. le patient est soumis à sa maladie; la famille se résigne;
2. le patient maîtrise sa maladie; la famille vit d'espoir.

La seconde perspective est une condition essentielle au succès d'une stratégie de réadaptation et elle doit être ainsi perçue à tous les niveaux du système: par le patient, sa famille et le personnel des équipes.

Tout au cours du traitement, le thérapeute devra toujours se rappeler que son objectif premier est de raviver l'espoir chez le patient et de l'amener à se percevoir comme maître de sa vie, malgré la gravité de ses troubles. Il ne faut pas confondre cette intervention avec un refus irréaliste de reconnaître la maladie ou avec des appels naïfs à la volonté. Au contraire, la reconnaissance explicite de la maladie devrait constituer le point de départ vers le changement.

L'incapacité et la structure des relations familiales

Il existe un lien direct entre la perception qu'ont les individus de leurs propres habiletés et la façon dont ils se rattachent à leur environnement social. Les interventions de réadaptation, qui visent à augmenter les habiletés et les aptitudes sociales du malade tout en changeant son comportement, finissent souvent par modifier son image de lui-même et son style d'interaction.

Ces interventions se concentrent toutefois sur les habiletés du champ des activités et négligent l'intériorisation et la verbalisation du sens donné aux actions. Il arrive alors que des changements inattendus ou inexpliqués se frappent à la «clôture de caoutchouc» du système familial. Cette métaphore, employée pour la première fois par Wynne et al. (1958), illustre comment certaines familles permettent que les limites qu'elles posent au comportement de leurs membres puissent être repoussées jusqu'à ce que les tensions ramènent le système familial dans son cadre initial. Pour renforcer la capacité d'une famille à s'adapter au changement, on doit cerner la signification donnée au fil des ans aux comportements discordants ou bizarres et en déterminer l'impact sur la structure des relations familiales.

On définit l'incapacité comme une limitation de la capacité, ou un manque de capacité, dans certaines activités qui empêche une personne de remplir pleinement son rôle social (Farkas et al., 1989).

Une vision élargie du processus d'apprentissage social doit tenir compte de l'équilibre dynamique entre les habiletés individuelles et les réseaux relationnels de l'environnement social (Shepherd, 1991). Parce que la famille, même séparée, représente habituellement le contexte social le plus signifiant, il nous faut comprendre comment sont reliées l'interaction familiale et les difficultés fonctionnelles du malade.

Les principes de l'école systémique de Milan (Selvini Palazzoli et al., 1982) sur la conduite des sessions familiales s'avèrent d'une aide précieuse dans l'exploration des convictions, des attitudes et des transactions du système familial. Deux de ces principes s'appliquent de façon particulière à notre démarche: l'hypothétisation et la circularité.

On peut définir l'hypothétisation comme une façon d'organiser l'information disponible de façon à générer des explications aux problèmes exposés par la famille. Les hypothèses encadrent l'entrevue et permettent au thérapeute d'aller chercher de nouvelles données, de définir la structure interactionnelle et d'arriver à une formulation systémique des connaissances et des comportements de la famille.

Le développement d'une hypothèse systémique établit un contexte favorable à un questionnement circulaire qui peut mettre en perspective les idées, les valeurs, les perceptions et les convictions de chacun des membres de la famille et leur évolution dans le temps. En s'arrêtant sur ce dernier aspect, le thérapeute peut retracer l'histoire

du système de convictions familiales et en préciser les liens avec les comportements inadaptes du malade.

Le cas-type suivant illustre notre propos. Ruth, une jeune juive de 25 ans, souffre de schizophrénie depuis 10 ans. Elle est passée d'un hôpital psychiatrique à une résidence supervisée, dans le cadre d'un programme de réadaptation favorisant l'indépendance et le retour à une vie normale. Après un certain temps, le personnel se dit satisfait des progrès de Ruth, malgré le peu de contacts qu'elle avait avec ses pairs. On décida de tout mettre en œuvre pour l'inciter à passer quelques week-ends avec eux, contrairement à son habitude de visiter sa mère ou de rester chez elle en attendant son appel.

Les parents de Ruth étaient divorcés depuis sept ans. Elle avait un frère cadet qui étudiait le droit dans une autre ville. Son père vivait à l'étranger mais lui téléphonait régulièrement. La mère de Ruth travaillait dans une université et était très proche d'elle: elle lui rendait visite de façon régulière et la recevait souvent chez elle, en fin de semaine.

Les efforts du personnel pour inciter Ruth à se rapprocher de ses pairs, limitant ainsi ses contacts avec sa mère, se sont soldés par un échec. La mère s'est alors rapprochée de sa fille, l'invitant et la visitant de plus en plus souvent. De plus, elle a eu des prises de bec avec le personnel et a ouvertement critiqué l'approche et les moyens utilisés dans la réadaptation. Ruth, quant à elle, est devenue très angoissée et on a noté une détérioration de ses habiletés de base. L'équipe est alors venue à la conclusion que la mère de Ruth sabotait le traitement et a décidé de référer le cas à un thérapeute familial.

Dans un premier temps, on a travaillé à établir la collaboration entre Ruth et sa mère, et le personnel de l'équipe. On a brisé la symétrie qui faisait obstacle à la communication en demandant aux deux femmes comment elles percevaient le problème.

Lentement, on en arriva à l'histoire d'une famille marquée depuis toujours par d'énormes tensions dues à la séparation: émigration, abandon de la langue maternelle, rupture des liens avec le reste du clan familial, exclusion, pour raisons politiques, de la communauté juive immédiate.

Ruth et sa mère en étaient donc venues à penser que l'indépendance — dans le choix ou dans le jugement — provoquait de douloureuses séparations et qu'un contact limité équivalait à de la négligence. Les efforts de l'équipe pour amener Ruth à la socialisation et

à l'auto-suffisance provoquaient un sentiment de culpabilité qui amplifiait à son tour la dépendance.

Cette découverte a eu pour effet d'améliorer de façon significative les relations entre l'équipe et la mère de Ruth et a permis, dans les rencontres ultérieures, d'aborder des questions aussi délicates que l'indépendance, l'auto-suffisance, la socialisation et tout ce qui entoure le contact avec l'environnement. L'objectif était de donner une signification nouvelle à ce contact afin d'aider Ruth à se reprendre en charge et à développer ses habiletés sociales. On explora longuement la place de l'intimité de la mère dans sa propre famille. Certaines hypothèses sur la façon de raffermir les contacts, malgré l'éloignement, ont fait avancer les choses.

L'objectif initial — l'indépendance de Ruth qui nécessitait une séparation d'avec sa mère — a été recadré pour porter sur une relation nouvelle avec la mère, une relation qui exige de Ruth des comportements indépendants.

Dans cet esprit, le thérapeute familial et l'équipe de réadaptation ont cherché avec les deux femmes comment la mère pouvait aider sa fille à devenir plus indépendante sans avoir le sentiment de la négliger.

Tant qu'un comportement psychotique se manifeste, tous les membres de la famille sont forcés de s'y adapter, en s'en remettant à des stratégies quotidiennes qui, bien souvent, entretiennent l'équilibre pathologique. La famille, tout autant que le malade, deviennent alors prisonniers de la chronicité. Lentement, ils construisent leurs relations autour de la maladie et finissent par se convaincre du caractère immuable de cette réalité. Le sentiment de désespoir et d'impuissance qui s'ensuit vient renforcer l'idée qu'il vaut mieux s'en tenir à des comportements connus et sûrs que de tabler sur le changement. Dans ces circonstances, tout le monde, inconsciemment, peut résister à n'importe quelle thérapie. À long terme, l'incapacité prend une telle place dans les relations que personne, ni le patient ni sa famille, ne peut s'y soustraire.

Comprendre cette influence et la recadrer par rapport à l'incapacité représentent un aspect primordial du traitement. Dans la sélection des comportements à améliorer, l'équipe de réadaptation devra souvent tenir compte de la signification que la famille y attache.

On doit aussi examiner le rôle du patient dans sa famille. Un traitement de réadaptation est très exigeant au plan émotif; il se peut que le patient ne soit pas prêt et se montre incapable de participer, peu

importe la qualité du traitement. Cela risque surtout de se produire si le malade se sent trop proche de ses parents ou si ces derniers ne s'entendent pas sur les objectifs de la réadaptation. Par exemple, il pourrait arriver que la mère appuie le traitement mais que le père soit pessimiste ou résigné. Dans ce cas, le patient se retrouve dans une situation difficile qui le rend plus vulnérable à l'angoisse.

À mesure que le malade améliorera ses habiletés, les membres de sa famille le percevront probablement de façon différente. L'expérience subjective liée à ces changements est très significative et on doit l'analyser avec soin. On doit aussi tenir compte des risques de compétition entre la famille et le personnel; la réussite d'une intervention donnée peut amener la famille à se sentir blâmée ou exclue et à penser que les membres de l'équipe font preuve de plus de bienveillance. Les conséquences de ces mauvaises perceptions sont évidentes: la plupart des malades préféreront régresser plutôt que de faire porter le blâme sur leur famille. Ces questions, cruciales, doivent donc faire l'objet d'échanges francs au cours des sessions familiales ou des rencontres avec l'équipe.

Résonnance positive du processus de réadaptation

Le changement représente l'objectif principal de tout plan de traitement, autant au niveau du malade que de sa famille, mais peut être analysé de différents points de vue. Nous pouvons, par exemple, considérer les changements dans les différents contextes; cette approche, en plus de faire ressortir les structures relationnelles et les ressources du malade, semble indiquer que le comportement est intimement lié au contexte et ne procède pas nécessairement de la maladie.

En analysant le processus de changement, il faut aussi accorder une attention spéciale au passage d'une attitude passive à une attitude active, face à la maladie.

Au cours des dernières années, on a longuement reconsidéré le rôle et les attitudes du malade face à la psychose. On a exploré plusieurs façons de maîtriser les symptômes, même les plus graves, habituellement considérés comme indépendants de la volonté du patient. Des recherches ont prouvé, entre autres, qu'il était possible de réduire l'impact des hallucinations auditives (Lecomte, 1991).

En bout de ligne, le malade profitera de ces découvertes si elles sont expliquées au cours des sessions familiales. L'idée qu'un malade mental, en dépit de sa maladie, a le contrôle sur lui-même favorise la

formation d'un auditoire familial capable d'apprécier ses progrès et produit une résonnance positive autour du processus de réhabilitation. White et Epston (1989) considèrent que cet auditoire représente un moyen efficace pour favoriser le changement dans les rôles sociaux et les styles de vie et pour aider la famille à tolérer les comportements discordants du patient.

L'hypothèse fondamentale de ce concept se résume ainsi: chaque fois qu'une personne change un aspect important de sa vie ou de ses relations, elle agit comme si elle écrivait une «nouvelle histoire» sur elle-même. De nouvelles histoires donnent une signification nouvelle aux comportements et aux expériences.

Les bénéfices du processus d'élaboration de ces histoires augmentent quand les membres de la famille, ou toute autre relation signifiante, acceptent de former un auditoire pour le patient qui se raconte. Ces bénéfices sont de deux ordres; d'abord, en assistant à la prestation du patient, ses proches peuvent apprendre à interagir avec lui; deuxièmement, le fait de se produire devant un auditoire peut aider un malade à prendre conscience du caractère indépendant de sa démarche.

On a souvent noté que les habiletés acquises par un malade mental au cours d'un traitement avaient tendance à se perdre dans la routine quotidienne. On peut imputer cet état de choses à la nature des relations du malade avec son environnement immédiat et, surtout, au fait que le malade a l'impression que les autres le voient comme une personne atteinte d'un mal incurable. Cette perception négative peut être évitée en coordonnant les changements de comportements du patient avec les interventions auprès de sa famille.

Les réactions positives d'un «bon public» contribuent à renforcer l'image de soi et, conséquemment, à améliorer les habiletés sociales. Règle générale, il est impossible de créer un auditoire si les liens entre l'incapacité et la structure des relations familiales n'ont pas été clairement établis; nous avons déjà décrit cette première étape. Il faut ensuite s'appliquer à souligner toutes les petites victoires que le patient, lentement et patiemment, remporte sur sa maladie. Nous devons nous arrêter à ces petits changements que la famille ne considère peut-être pas à leur juste valeur. Nous devons répéter le message: le moindre changement peut amener des progrès fonctionnels signifiants et améliorer la qualité de vie du malade (Anthony et Liberman, 1986).

L'apport de la famille aux progrès du malade devrait suivre le rythme, toujours lent, de l'approche psychosociale qui maintient l'espoir de mieux-être en orientant ses interventions vers des objectifs progressifs. Ce n'est pas la longueur des pas qui importe mais la direction dans laquelle ils sont faits.

Peu à peu, le processus de réadaptation devrait être recadré et présenté comme un voyage vers un nouveau style de vie, voyage dans lequel la famille doit accompagner le malade. Cette métaphore (White, 1987) épouse une perspective de traitement de la schizophrénie qui :

1. s'appuie sur l'impact du milieu dans le développement de la maladie;
2. utilise une approche systémique pour définir le rôle des membres de la famille dans le plan de traitement; et
3. considère la réadaptation comme une démarche de changement du rôle social (Wolkon et Peterson, 1986).

Attentes et découragement

Des expériences ont démontré que les attentes du malade, des thérapeutes et de la famille, positives et négatives, avaient une influence déterminante sur l'évolution à long terme de la schizophrénie (Ciompi, 1987). Toutefois, le maintien d'attentes positives doit toujours tenir compte du caractère fluctuant du contexte thérapeutique.

En réadaptation, les progrès sont rarement constants. Le patient progressera pendant un certain temps puis atteindra un point mort ou régressera de façon soudaine et inattendue. Ce processus va contre l'idée d'une prise en charge continue et peut porter au découragement. Le découragement peut provoquer l'apathie et le retrait; il faut alors revenir aux attentes, travailler à leur conserver un caractère positif tout en éliminant les objectifs irréalistes qui constitueraient un fardeau pour le malade.

Cette intervention doit arriver au bon moment: trop tôt, elle risque d'être perçue comme un obstacle à l'espoir et de renforcer le sentiment de soumission face à la maladie. Il faut donc attendre que des progrès réels soient faits avant de s'y engager.

Seul le temps donne de la valeur aux attentes. Nous devons insister sur ce fait: toute attente est rattachée au temps et le temps représente la plus puissante contrainte. Il est possible de fixer des limites sans tuer l'espoir ou entamer la confiance, en faisant une

distinction claire entre les attentes à court et à long terme. Dans ce contexte, les régressions et les rechutes impliquent une révision des objectifs dont on discutera ouvertement dans les sessions, en évitant bien, toutefois, de les présenter comme des échecs.

Conclusion

L'intégration de la réadaptation psychosociale et de l'approche systémique familiale se posera, au cours des prochaines années, comme un grand défi aux cliniciens et chercheurs.

Depuis quelque temps, les résultats d'études sur l'évolution de la schizophrénie et autres psychoses graves nous ont mis en garde contre une vision réductionniste des effets de ces troubles. Plusieurs auteurs ont démontré l'importance d'une approche intégrant les systèmes et le développement, dans un cadre biopsychosocial (Ciompi, 1987).

L'approche systémique ne devrait plus se limiter à la thérapie familiale; elle peut servir d'assise conceptuelle à une approche fructueuse pour un vaste éventail d'interventions thérapeutiques auprès de personnes aux prises avec des difficultés de fonctionnement psychosocial. Pour sa part, la réadaptation peut établir le contexte multidisciplinaire propice à ces interventions.

Nous croyons fermement que la réadaptation, quelle qu'en soit la nature, ne peut constituer un processus individuel. Tout plan de réadaptation devrait prioriser la participation de la famille, même quand les liens avec le malade sont minces.

À cet égard, nous considérons les interventions décrites dans cet article comme des moyens efficaces d'engager les familles dans le traitement des troubles schizophréniques.

RÉFÉRENCES

- ANTHONY, W.A., LIBERMAN, R.P., 1986, The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 4, 542-559.
- BRENNER, H.D., BÖKER, W., éd., 1989, Schizophrenia as a systems disorder, *British Journal of Psychiatry*, 155, suppl. n° 5.
- CIOMPI, L., 1987, Toward a coherent multidimensional understanding and therapy of schizophrenia: converging new concepts, in Strauss, J.S., Böker, W., Brenner, H.D., éd., *Psychosocial Treatment of Schizophrenia: Multidimensional Concepts, Psychosocial, Family and Self-Help Perspectives*, Hans Huber, Toronto.

- FARKAS, M.D., ANTHONY, W.A., COHEN, M.R., 1989, Psychiatric rehabilitation: the approach and its programs, in Farkas, M.D., Anthony, W.A., éd. *Psychiatric Rehabilitation Programs; Putting Theory into Practice*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- GOLDSTEIN, M.J., STRACHAN, A.M., 1987, The family and schizophrenia, in Jacob, T., éd., *Family Interaction and Psychopathology — Theory, Methods and Findings*, Plenum Press, New York.
- JABLENSKY, A., SARTORIUS, N., ERNBERG, G., ANKER, M., KORTEN, A., COOPER, J.E., DAY, E., 1992, Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures, tiré d'une étude de l'Organisation mondiale de la santé, *Psychological Medicine*, supplément monographique 20.
- LECOMTE, Y., 1991, Les mécanismes d'adaptation des malades mentaux chroniques à la vie quotidienne, *Santé mentale au Québec*, 16, 2, 99-120.
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G., 1982, Hypothétisation, circularité, neutralité: guide pour qui conduit la séance, *Thérapie Familiale*, 3, 3, 117-132.
- SHEPHERD, G., 1991, Psychiatric rehabilitation for the 1990s, in Watts, F.N., Bennett, D.H., éd., *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Wiley, Chichester.
- WHITE, M., 1987, Family therapy and schizophrenia: addressing the «in the corner» lifestyle, *Dulwich Centre Newsletter*, 14-21.
- WHITE, M., EPSTON, D., 1990, *Narrative Means to Therapeutic Ends*, Norton, New York.
- WOLKON, G.H., PETERSON, C.L., 1986, A conceptual framework for the psychosocial rehabilitation of the chronic mental patient, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9, 3, 43-55.
- WYNNE, L.C., RYCKOFF, I.M., DAY, J., HIRSCH, S.I., 1958, Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics, *Psychiatry*, 21, 205-220.

ABSTRACT

Working with families in the long-term treatment of schizophrenic disorders

The authors present and discuss, within a systems frame of reference, the main aspects of family interventions with adults affected by long-term schizophrenic disorders involved in psychosocial rehabilitation. Special attention is paid to mutual influence between the interventions aimed at individual disability and those centered on family attitudes, beliefs and interactional patterns.